

Prêmio FBAH de Administração Hospitalar

**Gerenciamento de materiais estéreis no Centro Cirúrgico Geral
do Hospital VITA Batel**

**Curitiba
2011**

ÍNDICE

INFORMAÇÕES PESSOAIS, FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL.....	03
1. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO HOSPITAL VITA BATEL.....	04
2. DETALHAMENTO DO PROJETO.....	06
3. RESULTADOS.....	12
4. CONCLUSÃO.....	15
5. ANEXOS.....	16
5.1. REPROCESSAMENTO DE MATERIAIS ESTÉREIS DO CCG – Versão 00.....	16
5.2. MÉTODO DE ANÁLISE E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS – MASP 125/10.....	17
5.3. CRONOGRAMA DE AÇÕES PARA O GERENCIAMENTO DE MATERIAIS ESTÉREIS DO CENTRO CIRÚRGICO.....	18
5.4. REPROCESSAMENTO DE MATERIAIS ESTÉREIS DO CCG – Versão 01.....	19
5.5 CERTIFICADO ONA NÍVEL 3 (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO).....	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

Informações pessoais

Nome: Rodolfo Kogeratski.

Idade: 26 anos.

Endereço: Av. Presidente Kennedy, 1500. Ap. 8 Bloco A2

Cidade: Curitiba. Bairro: Rebouças.

Contato:(41) 9926-6339/(41) 9644-2836 (Recado) /(41) 3883-8405 (Escritório da qualidade)

E-mail: rodolfo@hospitalvita.com.br / rodolfokogeratski@yahoo.com.br

Formação acadêmica

Técnico de Enfermagem. Centro de Educação Profissional Evangélico – 2003.

Bacharel em Administração. Pontifícia Universidade Católica do Paraná – 2009.

Especialização em Engenharia da Produção. Grupo Uninter (em curso) – 2010.

Histórico profissional

Técnico de Enfermagem Hospital Evangélico de Curitiba – 2003 – 2005.

Técnico de Enfermagem Hospital VITA Batel – 2005 – 2008.

Assistente Administrativo Hospital VITA Batel – 2009 – 2010.

Analista da Qualidade Hospital VITA Batel – 2010 – 2011.

Analista de Processos Hospital VITA Batel – 2011 (Cargo atual).

Experiência profissional

Cuidados assistenciais a pacientes intensivos, não intensivos e emergenciais;

Análise e elaboração de processos assistenciais e administrativos;

Realização de auditorias técnicas;

Uso de ferramentas: PDCA, 5W2H, diagrama de causa e efeito, *brainstorming*, cinco porquês, gestão à vista, FIFO, análises gráficas;

Elaboração de projetos de sistemas de produção, utilizando *Lean Manufacturing*;

Estudo de tempos e movimentos - Cronoanálise;

1. Apresentação da Instituição Hospital Vita Batel

A história do Hospital VITA Batel (HVBT), local onde foi desenvolvido o projeto em apresentação, teve seu início no ano de 2004 por meio de um investimento realizado pelo grupo VITA, uma rede de negócios cuja estratégia é a aquisição de novas unidades, preferencialmente hospitais. O HVBT está localizado na Rua Alferes Ângelo de Sampaio, número 1896, no bairro Batel da capital do Paraná. Está cercado por oito (8)¹ instituições de saúde, atende o total de duzentos e quatro mil e oitocentos e trinta e dois (204.832)² habitantes dos bairros³ ao redor do hospital. Na sua estrutura interna o HVBT está distribuído em cinco andares, oitenta e oito leitos (88), sendo sessenta e seis apartamentos (66), onze boxes (11) de unidade de terapia intensiva e onze leitos (11) da unidade coronariana. Atende pacientes de média e alta complexidade, com foco em traumo-ortopedia, neurocirurgia, cardiologia, cirurgia geral, gastroplastia e terapia intensiva. O total de internações no ano de 2010 foi de sete mil novecentos e vinte e seis internamentos (7.926), sendo destes 34% internamentos clínicos e 66% internamentos cirúrgicos, o total de atendimentos de emergências e urgências no mesmo período foi de cinquenta e dois mil duzentos e setenta e seis atendimentos (52.276) e consultas ambulatoriais um total de dois mil quatrocentos e onze atendimentos (2.411)⁴. A equipe é composta de trezentos e sessenta colaboradores (360), trezentos e cinqüenta e cinco cooperados (355) e noventa e cinco terceirizados (95)⁵.

Atualmente, a instituição dispõe de departamentos, serviços e equipes que desenvolvem seu trabalho de maneira interrelacionada e interdisciplinar, no intuito de todas as atividades alinharem-se ao planejamento estratégico da empresa, que engloba seus três sustentáculos: qualidade, sustentabilidade, ética e às diretrizes estabelecidas nos manuais da Organização Nacional de Acreditação nível três, certificação esta, conquistada em 2010.

No sustentáculo da qualidade são empregados procedimentos padronizados, as rotinas de cada setor, descritas e disponibilizadas nos setores, seguem sob supervisão e melhorias constantes pelas equipes. Outra ferramenta utilizada na busca pela qualidade são

¹ Hospital Nossa Senhora das Graças, Hospital Pilar, Hospital das Nações, Hospital São Vicente, Hospital Cruz Vermelha, Hospital Santa Cruz, Hospital Costantini e Hospital Sugisawa.

² Disponível em: www.ippuc.org.br. Acesso em 13/03/2011.

³ Batel, Centro, São Francisco, Rebouças, Água Verde, Vila Isabel, Seminário, Campina do Siqueira, Bigorrilho e Mercês.

⁴ Relatório de desempenho operacional – 2010.

⁵ Planilhas de controle do serviço de atenção ao médico e recursos humanos.

os indicadores estratégicos que medem o desempenho dos setores operacionais por meio da análise dos quais são promovidas melhorias e mudanças. Além disso, a identificação de melhorias é realizada pelas notificações realizadas em formulários específicos⁶, acessível a todos os colaboradores. Tais notificações são analisadas por equipes multidisciplinares, através de ferramentas administrativas como o diagrama de causa e efeito, 5w2h, *brainstorming* entre outras, e, em seguida, são identificadas as causas dos problemas, estabelecidos planos de ação com os responsáveis, com os prazos e acompanha-se o *status* de transformação.

A sustentabilidade, o segundo sustentáculo, é de fundamental importância para a permanência da empresa no mercado. Durante os seus seis anos de existência, o Hospital VITA Batel investiu continuamente em especialidades como cardiologia, ortopedia, neurologia, cirurgia bariátrica e urologia. Também são contínuos os investimentos em infra-estrutura e na educação continuada de seus colaboradores, terceiros e cooperados. Todas estas ações têm base nas análises macro e micro ambiental, dos dados demográficos e do perfil dos seus clientes, e desta forma se estabelece o foco de atuação.

O seu terceiro sustentáculo é representado pelo *slogan* da empresa: “Nosso compromisso é com a vida”, pois caracteriza a responsabilidade ética que a empresa tem com seus clientes. Todos os processos desenvolvidos dentro do hospital são vistos como uma linha reta, onde o final dela é sempre o paciente. A existência dos esforços para a qualidade e para a sustentabilidade são para poder oferecer o atendimento com confiança, com qualidade e com as melhores práticas.

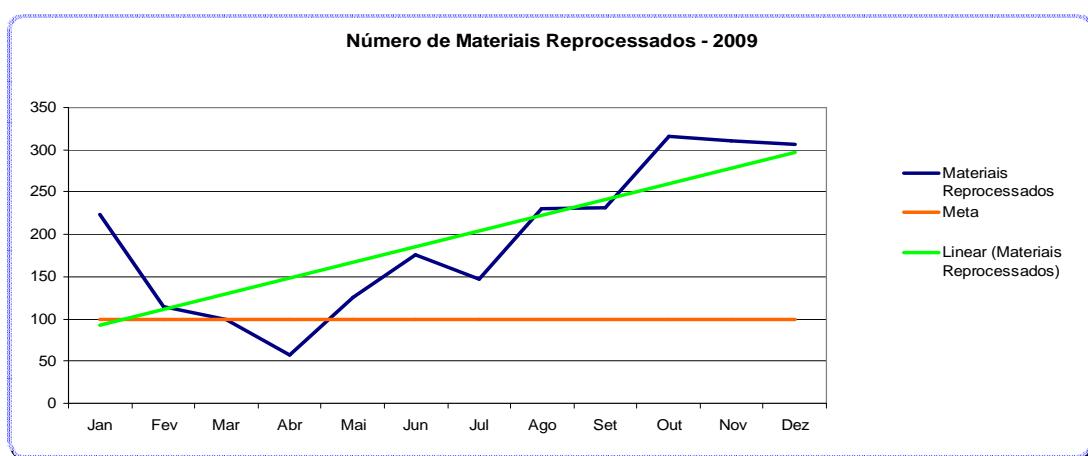
Sendo assim, o planejamento estratégico do HVBT é estruturado a partir de ações conjuntas de todo o grupo de gestores, com o intuito de sincronizar as atividades e metas corporativas. Apesar de ser uma empresa jovem é consolidada e muito competitiva. Possui seus objetivos concretos e definidos e o seu desempenho mensurado. Suas atividades sempre reforçam a busca pela qualidade, sustentabilidade e pela ética. E é alinhado a estes princípios e valores que o projeto descrito a seguir foi elaborado.

⁶ ADM-043 Relatório de Melhoria da Qualidade.

2. Detalhamento do projeto

O HVBT realiza o acompanhamento do desempenho de todos os seus setores por meio de indicadores estratégicos. Conforme é dito no planejamento estratégico da empresa (2008 – 2010), “foi analisada a necessidade de sincronizar as atividades operacionais e metas corporativas. Desta forma, foram estabelecidas metas específicas para as áreas de operação”. Com a realização do acompanhamento das metas das áreas de operação do serviço de processamento de materiais estéreis, observam-se tendências nos índices, hora para melhor, hora para pior. Com base nesta indicação foi proposto ações de melhorias para os setores afetados pela esterilização de materiais como pode ser verificado a seguir.

No período de janeiro a dezembro do ano de 2009, o índice de reprocessamento de materiais esterilizados do centro cirúrgico geral apresentava números altos de reesterilização, ou seja, em muitos materiais venciam o prazo de validade e necessitavam ser reprocessados. Durante este mesmo ano muitas ações foram tomadas para manter o indicador na meta (que era de até 100 materiais reprocessados / mês), contudo, no período de maio a dezembro de 2009 houve tendência de aumento gradativo e muito impactante para a perspectiva financeira da empresa e, principalmente, para a qualidade e segurança assistencial dos pacientes, conforme é apresentado no gráfico abaixo:



Fonte: Indicadores Gerenciais 2009 – Hospital VITA Batel

O gráfico acima mostra que no mês de abril houve um número de reprocessamento de materiais do centro cirúrgico geral de, aproximadamente, cinquenta unidades (50), para um

aumento gradativo até o mês de dezembro para trezentas unidades (300). A média mensal é de cento e noventa e cinco unidades (195), que custam ao hospital R\$ 324,35, gerando um montante de R\$ 3.880,26 no ano de 2009. Isto significa que as ações pontuais de melhoria não foram efetivas e evidencia a necessidade de revisão aprofundada do processo.

Com base em Harrington, o “processo deve ser considerado como qualquer atividade que receba uma entrada (*input*), posteriormente agrega-se valor e gera uma saída (*output*) para um cliente interno ou externo, utilizando os recursos da organização”⁷, ou seja, o setor de processamento de materiais e o centro cirúrgico geral trabalham juntos para um cliente em comum, o paciente que será submetido a um procedimento cirúrgico.

Com a análise do fluxo⁸ de esterilização de materiais entre o serviço de processamento de materiais e o centro cirúrgico geral no ano de 2009, foi possível obter informações importantes que justificam o descontrole do indicador de reprocessamento de materiais estéreis do centro cirúrgico geral:

- Não alinhamento dos materiais ao mapa cirúrgico do dia;
- Número excessivo de materiais (350 unidades);

Também foi realizada uma avaliação do ambiente de armazenamento dos materiais estéreis envolvidos neste processo e foi identificado mais alguns fatores que impactaram no não gerenciamento do indicador de reprocessamento de materiais estéreis no centro cirúrgico geral, que são:

- A ausência do controle da temperatura ambiente da sala⁹, o que leva a validade dos materiais estéreis a trinta dias;
- O acondicionamento irregular dos materiais (não estão em ordem alfabética);
- A identificação dos materiais era de difícil visualização;
- A não padronização dos bins de armazenamento;
- O colaborador leva muito tempo¹⁰ para verificar o prazo de validade de cada material;

Tendo em vista todos os aspectos negativos citados acima, iniciou-se a formalização do método de análise e solução de problemas¹¹ para a realização da análise da causa raiz

⁷ HARRINGTON, J. H. *O processo de aperfeiçoamento: como as empresas americanas, líderes de mercado, aperfeiçoam o controle da qualidade*. São Paulo, McGraw Hill, 1988. p.266.

⁸ Anexo 1 – Reprocessamento de materiais do CCG. Revisão 00.

⁹ Conforme Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC 50 (21 de Fevereiro de 2002).

¹⁰ Planilha de controle de cronoanálise.

do problema apresentado e a definição das ações com prazos, responsáveis e *status* de acompanhamento.

Este estudo foi proposto pelo escritório da qualidade no início do ano de 2010, onde foi estimulada a participação de diferentes áreas¹² e colaboradores para se realizar a análise do caso por diferentes perspectivas. Os principais aspectos avaliados pelo grupo foram o alinhamento do projeto conforme a legislação vigente, análise do fluxo desta atividade, a realização dos orçamentos para as mudanças na estrutura, e com o envolvimento das chefias diretas, pôde-se colher informações dos colaboradores que atuam dia-a-dia no processo e isto foi fundamental para a implantação das mudanças e para a capacitação operacional, pois toda a mudança gera desconforto e neste caso foi bem aceita porque não houve o caráter impositivo, todos puderam participar deste projeto.

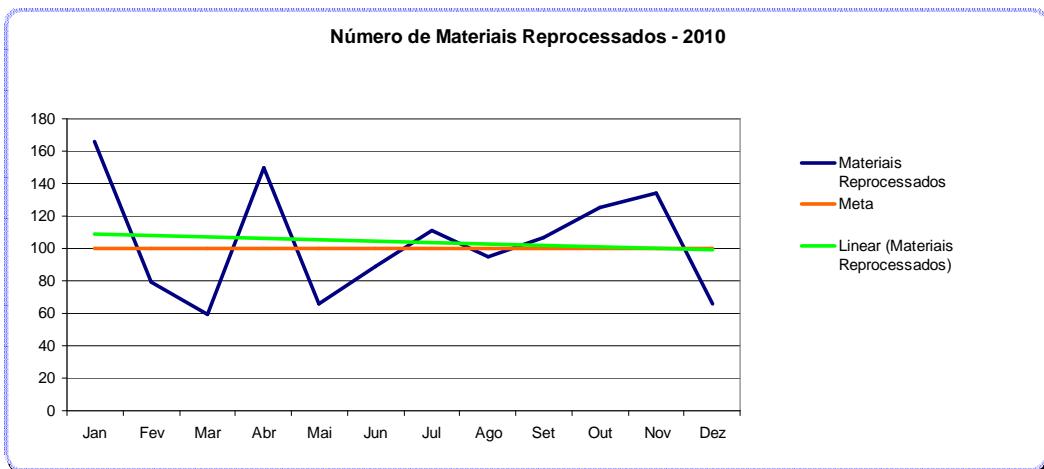
As ações desenvolvidas seguiram por ordem de prioridade e foram controladas conforme cronograma¹³. Estas atividades estavam distribuídas para serem realizadas no período de dois anos. No início do ano de 2010, foram realizadas as obras de ampliação da sala de estoque de materiais estéreis, a aquisição e instalação de um ar condicionado para controle da temperatura do ambiente, o que eleva a validade dos materiais a sessenta dias, a revisão do fluxo de trabalho¹⁴ e a adequação dos materiais estéreis ao mapa cirúrgico e ao perfil da instituição, onde, de trezentos e cinqüenta unidades (350), passou a se controlar duzentas e sessenta unidades (260) de materiais estéreis no centro cirúrgico. Estas foram as melhorias imediatas. E para o prognóstico destas mudanças, foi realizado o acompanhamento do indicador no ano de 2010, conforme apresentado em gráfico abaixo:

¹¹ MASP 125/10 - Gerenciamento de materiais estéreis no centro cirúrgico geral do Hospital Vita Batel. Anexo 2.

¹² Compras, manutenção predial, governadoria, núcleo de controle de infecção hospitalar, centro cirúrgico geral, serviço de processamento de materiais e escritório da qualidade.

¹³ Cronograma de gerenciamento de materiais estéreis no centro cirúrgico geral do Hospital Vita Batel. Anexo 3.

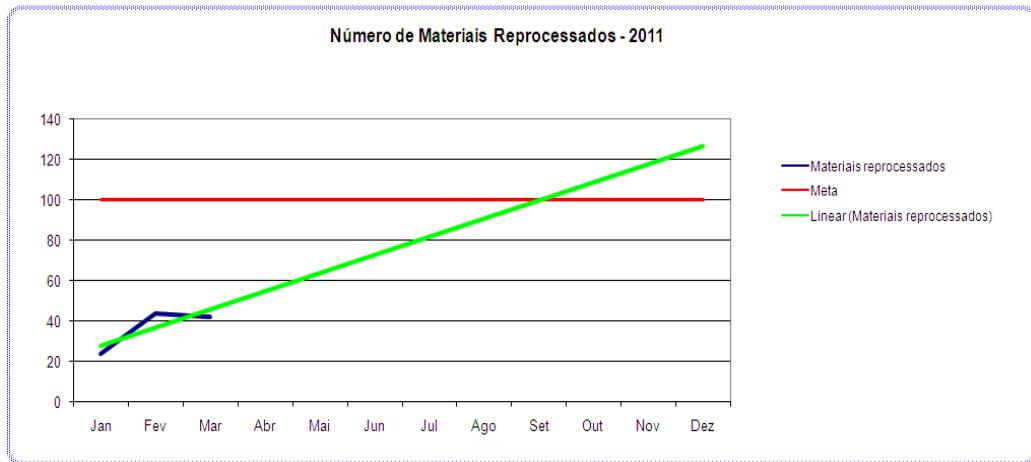
¹⁴ Anexo 4 – Reprocessamento de materiais do CCG. Revisão 01.



Fonte: Indicadores Gerenciais 2010 – Hospital VITA Batel

O gráfico acima mostra que o indicador apresentou variações importantes no primeiro semestre e a partir do mês de setembro houve um descontrole significativo, chegando ao total de cento e trinta e quatro unidades (134) no mês de novembro. A média mensal de reprocessamento foi de cento e três unidades (103), que custam ao hospital R\$ 264,87, gerando um montante de R\$ 3.178,40 no ano de 2010. Isto significa que as ações implantadas no início do ano de 2010 promoveram uma redução de custos de 2009 para 2010 de R\$ 701,86. Contudo, é evidenciado o não gerenciamento deste indicador, pois o número médio de unidades ficou acima da meta (103 unidades por mês).

Conforme o cronograma de ações, no início do ano de 2011 foi realizado mais algumas atividades de melhorias para o gerenciamento dos materiais estéreis do centro cirúrgico geral como a padronização dos bins de armazenamento dos materiais estéreis, a aquisição de prateleira para acondicionamento dos materiais, a aplicação de um 5s na sala de armazenamento, que contempla a melhor visualização da identificação dos materiais, seu acondicionamento e a sua disposição em ordem alfabética e por fim, a implantação da metodologia de gerenciamento de estoque chamada FIFO (*first in, first out*), ou PEPS (o primeiro a entrar é o primeiro a sair). Estas foram as ações posteriores formalizadas no MASP 125/10. E para o prognóstico destas mudanças, foi realizado o acompanhamento do indicador no primeiro trimestre de 2011, conforme apresentado abaixo:



Fonte: Indicadores Gerenciais 2011 – Hospital VITA Batel

O gráfico acima mostra que o indicador apresenta-se gerenciado no primeiro trimestre de 2011. A média mensal neste período foi de trinta e seis unidades (36), que custam ao hospital R\$ 120,69. Comparando-se aos três primeiros meses dos três anos abordados neste projeto, tem-se o seguinte comparativo apresentado em tabela abaixo:

Tabela comparativa 1º Trimestre de 2009 x 2010 x 2011		
Período (1º Trimestre)	Média de materiais reprocessados	Custo médio
2009	146	R\$ 293,15
2010	101	R\$ 266,43
2011	36	R\$ 120,69

A tabela acima mostra que os pontos positivos visualizados no período do ano de 2009 para o ano de 2011 foi a redução de custo médio em R\$ 172,46 e diminuição no número médio de materiais reprocessados em cento e dez unidades (110) nos trimestres analisados.

Portanto, as ações implantadas no início do ano de 2010 e 2011 promoveram melhorias significativas na perspectiva financeira e operacional, todas as mudanças de fluxo e gerenciamento do processo assim como a reforma da sala de armazenamento de materiais estéreis foram muito importantes, contudo, o ganho maior é o controle da validade dos materiais estéreis por meio da metodologia FIFO, pois, antes da sua implantação, os

materiais estéreis possuía sua data de validade verificada semanalmente e era encaminhada para reprocessar também neste período, e após a implantação da metodologia, esta atividade passou a ocorrer quinzenalmente, reduzindo custos significativos com o reprocessamento destes materiais pelo serviço de processamento de materiais.

3. Resultados

Foi observado pela equipe envolvida no projeto e principalmente pelas áreas que trabalham diretamente com a esterilização de materiais e sua distribuição ao cliente final, a satisfação dos colaboradores em trabalhar em um ambiente organizado, de fácil acesso e seguro.

No início deste estudo, um colaborador envolvido diretamente nesta atividade relatou ao ser perguntado sobre o que ele achava da verificação da validade dos materiais estéreis ser realizada de forma individualizada em um ambiente desorganizado: “*isso deve ser feito todas as semanas e sempre tem material vencido, sem contar o tempão que eu fico aqui conferindo material por material.*”

No início de 2011, quando as mudanças de infra estrutura já haviam sido realizadas, a implantação da metodologia de gerenciamento de estoque (FIFO) deu-se com o envolvimento de muitos colaboradores e várias ideias para o início do controle e principalmente a evidência da satisfação da equipe com a mudança. “*Nossa, agora controlamos o vencimento pela cor das bolinhas, vai ser muito mais rápido, e não vai ficar material vencido, é muito mais fácil ver*”, relatou a colaboradora ligada diretamente ao processo após as melhorias implantadas.

A evidência da satisfação da equipe neste novo processo é acompanhada pelo indicador, que se apresenta bem abaixo da meta no primeiro trimestre de 2011, conforme apresentado no gráfico anteriormente. Outras melhorias podem ser verificadas nas fotos tiradas pela equipe envolvida nas mudanças:

- Identificação dos bins de materiais estéreis / ordem alfabética:



Antes



Depois

- Melhor aproveitamento do espaço da sala:



Antes



Depois

- Padronização dos bins:



Antes



Depois

- Gerenciamento de estoque dos materiais estéreis;



Identificação da validade do material



Depois



Depois

Além da satisfação interna, redução de gastos com o reprocessamento e a qualidade e segurança assistencial, este projeto apresenta seus resultados também voltados para a responsabilidade social em dois aspectos abordados: o impacto na comunidade e o impacto no meio ambiente. Para o primeiro aspecto, o gerenciamento de materiais estéreis no centro cirúrgico geral contribui para o desenvolvimento do setor de saúde, ou seja, o conhecimento aplicado reflete na segurança do paciente, diminuindo possíveis eventos e índices de infecção hospitalar. Para o segundo fator, a redução de unidades reprocessadas impacta no meio ambiente com a diminuição significativa do consumo de recursos naturais: água, energia elétrica, plásticos e papéis.

Ressalta-se que o desenvolvimento deste projeto não está finalizado. O acompanhamento é contínuo, com ajustes pontuais no processo, como capacitação dos colaboradores, pequenos investimento para manutenção da infra estrutura, revisão do fluxo e principalmente acompanhamento do indicador pelas áreas junto do escritório da qualidade para elaboração de planos de ação e controle destes.

4. Conclusão

O Hospital Vita Batel deu início às suas atividades no ano de 2004, ao ser adquirido pelo grupo VITA como uma unidade de negócio. É um hospital geral localizado em região central de Curitiba, com atendimento a pacientes de média e alta complexidade. Possui seus valores definidos e seus objetivos de médio e longo prazo elaborados e detalhados por todos os gestores e alta administração no planejamento estratégico da empresa.

É alinhado aos valores e ao planejamento estratégico da empresa que o projeto de controle da validade dos materiais estéreis do centro cirúrgico geral foi construído. O acompanhamento do índice de reesterilização destes materiais é realizado por meio de indicadores e impactam no contexto financeiro da empresa e principalmente na qualidade e segurança assistencial ao cliente final – o paciente. Para a garantia da entrega dos materiais com qualidade foi necessário trabalhar pontos importantes no processo, como a reestruturação da sala, com a sua ampliação e aquisição de um ar condicionado, para manter o controle da temperatura conforme legislação vigente. Também houve a necessidade de aplicar ferramentas administrativas como 5s, onde foi possível organizar o acondicionamento dos materiais estéreis na sala, sua disposição colocada em ordem alfabética e por fim, a implantação da metodologia de gerenciamento de estoque chamada FIFO (*first in, first out*), ou PEPS (o primeiro a entrar é o primeiro a sair), onde pôde-se aproveitar o tempo dos colaboradores envolvidos, facilitando e promovendo a maior garantia no controle da validade dos materiais estéreis.

Todas as ações desenvolvidas neste projeto junto ao envolvimento de várias pessoas com suas experiências e conhecimentos de áreas diversificadas, que compõe o ambiente hospitalar, estão motivadas por um propósito, no Hospital VITA, por seu *slogan* ‘nossa compromisso é com a vida’.

5. Anexos

5.1 Reprocessamento de materiais estéreis do CCG – Versão 00



Rotina do Serviço de Processamento de Materiais

Unidade Hospital VITA BATEL	Gerência / Setor de aplicação Enfermagem / SPM		
Rotina Operacional Reprocessamento de materiais estéreis do CCG			
ETAPAS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO CCG	TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO SPM	DETALHES
1^a	Conferir a validade dos materiais do arsenal do CCG		<ul style="list-style-type: none"> - Validade dos materiais é de 30 dias; - Total de materiais é de 350 unidades; - Conferência semanal; - Toda sexta-feira;
2^a	Separar os materiais vencidos		<ul style="list-style-type: none"> - Armazená-los em carro específico para o transporte;
3^a	Anotar em planilha específica, quais os materiais estão vencidos		<ul style="list-style-type: none"> - Planilha de controle de envio de materiais do CCG para o SPM;
4^a	Encaminhar os materiais para o SPM		<ul style="list-style-type: none"> - A entrega dos materiais vencidos deve ser realizada sempre pelo expurgo do SPM;
5^a		Realizar o preparo dos materiais	<ul style="list-style-type: none"> - Conforme rotina RT.25.007 Preparo de materiais;
6^a		Encaminhar para a reesterilização	<ul style="list-style-type: none"> - Processo realizado em autoclave, conforme rotina RT.25.003 Esterilização em autoclave;
7^a		Realizar a entrega dos materiais ao CCG	

Elaboração Rodolfo	Verificação Marisa / Andrea	Aprovação Neidamar	Código RO.25.004	Data 20/02/2009	Revisão 00	Pág. 1 de 1
-----------------------	--------------------------------	-----------------------	---------------------	--------------------	---------------	----------------

5.2 Método de análise e solução de problemas – MASP 125/10

Método de Análise e Solução de Problemas (MASP)				Nº.: 125-10																																																																																																															
<p>Definição do problema</p> <p>1 Descrição do problema: Custo com o reprocessamento de materiais estériles do CCG.</p> <table border="1"> <tr> <td>Local</td> <td>Arsenal CCG</td> <td>Data: Janeiro / 2010</td> </tr> <tr> <td>Documento</td> <td colspan="2">Painel de indicadores</td> </tr> <tr> <td>Equipe</td> <td colspan="2">Marisa / Alexandre / Rodolfo / Andrea / Luiz Mueller / Lilian / Evelyn / Kleber</td> </tr> </table> <p>2 Medidas imediatas (Assegurar encaminhamento do problema)</p> <table border="1"> <tr> <td>Nº.</td> <td>Medidas imediatas (Assegurar encaminhamento do problema)</td> <td>Executado por</td> <td>Data</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Retirada do Ácido Peracético conforme orientação legal.</td> <td>NGSA</td> <td>1/1/2010</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>3 Análise de causa</p>	Local	Arsenal CCG	Data: Janeiro / 2010	Documento	Painel de indicadores		Equipe	Marisa / Alexandre / Rodolfo / Andrea / Luiz Mueller / Lilian / Evelyn / Kleber		Nº.	Medidas imediatas (Assegurar encaminhamento do problema)	Executado por	Data	1	Retirada do Ácido Peracético conforme orientação legal.	NGSA	1/1/2010	2				3				4				<p>Avanço de causa</p> <p>4</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Materiais não alinhados ao mapa cirúrgico e ao perfil dos procedimentos;</td> <td>2</td> <td>Falta de estrutura para melhor acondicionamento dos materiais;</td> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Porquê?</td> <td>Material não está conforme mapa e perfil da empresa;</td> <td>Porquê?</td> <td>Armazenamento não está em ordem alfabética;</td> <td>Porquê?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Porquê?</td> <td>Idéia de manter o máximo de materiais para não faltar;</td> <td>Porquê?</td> <td>Prazo de validade de 30 dias por falta de controle da temperatura;</td> <td>Porquê?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Porquê?</td> <td></td> <td>Porquê?</td> <td>Excesso de materiais em espaço pequeno;</td> <td>Porquê?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Porquê?</td> <td></td> <td>Porquê?</td> <td>Identificação dos materiais nos bins é de difícil visualização;</td> <td>Porquê?</td> <td></td> </tr> </table> <p>5</p> <table border="1"> <tr> <td>Nr.</td> <td>Medidas</td> <td>Respons</td> <td>Prazo</td> <td>:</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Readequar quantidade de materiais estériles disponível no arsenal conforme o perfil cirúrgico;</td> <td>Andrea e Marisa</td> <td>31/01/10</td> <td>Finalizado</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Verificar o mapa cirúrgico diariamente e ajustar os materiais a serem encaminhados até as 17:00 hrs do dia anterior (rotina);</td> <td>Andrea</td> <td>31/01/10</td> <td>Finalizado</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Estudar a possibilidade de retirar o arsenal do CCG;</td> <td>Andrea e Marisa</td> <td>31/01/10</td> <td>Finalizado</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Criar metodologia para armazenamento e retirada dos materiais estériles;</td> <td>Rodolfo</td> <td>31/01/11</td> <td>Finalizado</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Realizar orçamento para ampliação do espaço físico do arsenal do CCG;</td> <td>Luiz</td> <td>10/01/10</td> <td>Finalizado</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Realizar orçamento para aquisição de um ar condicionado para melhor controle da temperatura da sala;</td> <td>Luiz</td> <td>10/01/10</td> <td>Finalizado</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Realizar orçamento para aquisição de prateleiras para o armazenamento dos materiais;</td> <td>Lilian</td> <td>10/02/11</td> <td>Finalizado</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Realizar a padronização dos bins de armazenamento;</td> <td>Rodolfo / Kleber</td> <td>31/11/2010</td> <td>Finalizado</td> </tr> </table> <p>6</p> <table border="1"> <tr> <td>Marisa / Andrea</td> <td>Neidamar</td> <td>Rodolfo</td> </tr> <tr> <td>Chefe do setor</td> <td>Gerente Área</td> <td>Time Líder</td> </tr> </table> <p>Evidências de efetividade em 10/03/2009 Citar/Listar pendências: Todas as ações executadas. Estamos dando como</p> <p>7</p> <table border="1"> <tr> <td>Legenda STATUS</td> <td>Finalizado</td> <td>No prazo</td> <td>Atrasado</td> </tr> </table>	1	Materiais não alinhados ao mapa cirúrgico e ao perfil dos procedimentos;	2	Falta de estrutura para melhor acondicionamento dos materiais;	3		Porquê?	Material não está conforme mapa e perfil da empresa;	Porquê?	Armazenamento não está em ordem alfabética;	Porquê?		Porquê?	Idéia de manter o máximo de materiais para não faltar;	Porquê?	Prazo de validade de 30 dias por falta de controle da temperatura;	Porquê?		Porquê?		Porquê?	Excesso de materiais em espaço pequeno;	Porquê?		Porquê?		Porquê?	Identificação dos materiais nos bins é de difícil visualização;	Porquê?		Nr.	Medidas	Respons	Prazo	:	1	Readequar quantidade de materiais estériles disponível no arsenal conforme o perfil cirúrgico;	Andrea e Marisa	31/01/10	Finalizado	2	Verificar o mapa cirúrgico diariamente e ajustar os materiais a serem encaminhados até as 17:00 hrs do dia anterior (rotina);	Andrea	31/01/10	Finalizado	3	Estudar a possibilidade de retirar o arsenal do CCG;	Andrea e Marisa	31/01/10	Finalizado	4	Criar metodologia para armazenamento e retirada dos materiais estériles;	Rodolfo	31/01/11	Finalizado	5	Realizar orçamento para ampliação do espaço físico do arsenal do CCG;	Luiz	10/01/10	Finalizado	6	Realizar orçamento para aquisição de um ar condicionado para melhor controle da temperatura da sala;	Luiz	10/01/10	Finalizado	7	Realizar orçamento para aquisição de prateleiras para o armazenamento dos materiais;	Lilian	10/02/11	Finalizado	8	Realizar a padronização dos bins de armazenamento;	Rodolfo / Kleber	31/11/2010	Finalizado	Marisa / Andrea	Neidamar	Rodolfo	Chefe do setor	Gerente Área	Time Líder	Legenda STATUS	Finalizado	No prazo	Atrasado
	Local	Arsenal CCG	Data: Janeiro / 2010																																																																																																																
	Documento	Painel de indicadores																																																																																																																	
Equipe	Marisa / Alexandre / Rodolfo / Andrea / Luiz Mueller / Lilian / Evelyn / Kleber																																																																																																																		
Nº.	Medidas imediatas (Assegurar encaminhamento do problema)	Executado por	Data																																																																																																																
1	Retirada do Ácido Peracético conforme orientação legal.	NGSA	1/1/2010																																																																																																																
2																																																																																																																			
3																																																																																																																			
4																																																																																																																			
1	Materiais não alinhados ao mapa cirúrgico e ao perfil dos procedimentos;	2	Falta de estrutura para melhor acondicionamento dos materiais;	3																																																																																																															
Porquê?	Material não está conforme mapa e perfil da empresa;	Porquê?	Armazenamento não está em ordem alfabética;	Porquê?																																																																																																															
Porquê?	Idéia de manter o máximo de materiais para não faltar;	Porquê?	Prazo de validade de 30 dias por falta de controle da temperatura;	Porquê?																																																																																																															
Porquê?		Porquê?	Excesso de materiais em espaço pequeno;	Porquê?																																																																																																															
Porquê?		Porquê?	Identificação dos materiais nos bins é de difícil visualização;	Porquê?																																																																																																															
Nr.	Medidas	Respons	Prazo	:																																																																																																															
1	Readequar quantidade de materiais estériles disponível no arsenal conforme o perfil cirúrgico;	Andrea e Marisa	31/01/10	Finalizado																																																																																																															
2	Verificar o mapa cirúrgico diariamente e ajustar os materiais a serem encaminhados até as 17:00 hrs do dia anterior (rotina);	Andrea	31/01/10	Finalizado																																																																																																															
3	Estudar a possibilidade de retirar o arsenal do CCG;	Andrea e Marisa	31/01/10	Finalizado																																																																																																															
4	Criar metodologia para armazenamento e retirada dos materiais estériles;	Rodolfo	31/01/11	Finalizado																																																																																																															
5	Realizar orçamento para ampliação do espaço físico do arsenal do CCG;	Luiz	10/01/10	Finalizado																																																																																																															
6	Realizar orçamento para aquisição de um ar condicionado para melhor controle da temperatura da sala;	Luiz	10/01/10	Finalizado																																																																																																															
7	Realizar orçamento para aquisição de prateleiras para o armazenamento dos materiais;	Lilian	10/02/11	Finalizado																																																																																																															
8	Realizar a padronização dos bins de armazenamento;	Rodolfo / Kleber	31/11/2010	Finalizado																																																																																																															
Marisa / Andrea	Neidamar	Rodolfo																																																																																																																	
Chefe do setor	Gerente Área	Time Líder																																																																																																																	
Legenda STATUS	Finalizado	No prazo	Atrasado																																																																																																																

5.3 Cronograma de ações para o gerenciamento de materiais estéreis do centro cirúrgico



CRONOGRAMA

ASSUNTO/OPORTUNIDADE/APONTAMENTO/OUTROS		CICLO DE MELHORIA				ELABORAÇÃO				DATA					
		Gerenciamento de indicadores				Marisa / Alexandre / Rodolfo / Andrea / Luiz Mueller / Djeyse / Evelyn / Kleber				1/1/2010					
ATIVIDADES		RESPONSÁVEL	STATUS	2010				2011							
				Janeiro		Fevereiro		Janeiro		Fevereiro					
				Semanas		Semanas		Semanas		Semanas					
1	Realizar orçamento para a ampliação do espaço físico + ar condicionado e fixar data para entrega da obra;	Luiz Mueller	Previsto	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
			Realizado	2											
2	Realizar a obra de ampliação da sala de estoque do centro cirúrgico geral;	Luiz Mueller	Previsto	2	3	4									
			Realizado	3	4										
3	Realizar o acompanhamento das obras para orientação quanto à sua adequação à legislação vigente;	Evelyn	Previsto	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
			Realizado	2	3	4									
4	Adequar os materiais ao mapa cirúrgico diariamente;	Marisa / Andrea	Previsto	1	2	3	4								
			Realizado	2	3	4									
5	Estudar a possibilidades de aplicar 5s no arsenal do centro cirúrgico geral;	Rodolfo / Marisa	Previsto					1	2	3	4				
			Realizado					2	3	4					
6	Revisão do fluxo de trabalhoç	Rodolfo / Marisa ; Andrea	Previsto			1	2								
			Realizado			2	3								
7	Realizar orçamento de bins padronizados conforme solicitação do centro cirúrgico geral;	Kleber	Previsto									1	2	3	4
			Realizado									2	3	4	
8	Realizar orçamento e aquisição de prateleira conforme solicitação do centro cirúrgico geral;	Lilian	Previsto									1	2	3	4
			Realizado									2	3	4	
9	Realizar a implantação de um modelo de gerenciamento de estoque para os materiais estéreis do centro cirúrgico geral;	Rodolfo / Marisa	Previsto									1	2	3	4
			Realizado									2	3	4	
10	Acompanhar a evolução das ações realizadas por meio de inidicador;	Rodolfo / Marisa / Andrea	Previsto	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
			Realizado	2	3	4		2	3	4		2	3	4	
11			Previsto												
			Realizado												

5.4 Reprocessamento de materiais estéreis do CCG – Versão 01



Rotina do Serviço de Processamento de Materiais

Unidade Hospital VITA Batel	Gerência / Setor de aplicação Enfermagem / SPM		
Rotina Operacional Reprocessamento de materiais estéreis do CCG			
ETAPAS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO CCG	TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO SPM	DETALHES
1 ^a	Conferir a validade dos materiais do arsenal do CCG conforme a cor de criticidade indicada em quadro na sala		<ul style="list-style-type: none"> - Validade dos materiais é de 60 dias; - Total de materiais é de 260 unidades; - Conferência mensal;
2 ^a	Separar os materiais vencidos		<ul style="list-style-type: none"> - Armazená-los em carro específico para o transporte;
3 ^a	Anotar em planilha específica, quais os materiais estão vencidos		<ul style="list-style-type: none"> - Planilha de controle de envio de materiais do CCG para o SPM;
4 ^a	Encaminhar os materiais para o SPM		<ul style="list-style-type: none"> - A entrega dos materiais vencidos deve ser realizada sempre pelo expurgo do SPM;
5 ^a		Realizar o preparo dos materiais	<ul style="list-style-type: none"> - Conforme rotina RT.25.007 Preparo de materiais;
6 ^a		Encaminhar para a reesterilização	<ul style="list-style-type: none"> - Processo realizado em autoclave, conforme rotina RT.25.003 Esterilização em autoclave;
7 ^a		Realizar a entrega dos materiais ao CCG	

Elaboração Rodolfo	Verificação Marisa / Natália	Aprovação Neidamar	Código RO.25.004	Data 21/02/2011	Revisão 01	Pág. 1 de 1
-----------------------	---------------------------------	-----------------------	---------------------	--------------------	---------------	----------------

Obs: alterações em vermelho – etapa 1.

5.5 Certificado ONA Nível 3 (Organização de Acreditação Hospitalar)



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária . Resolução - RDC 50 de 21 de Fevereiro de 2002.

HARRINGTON, J. H. O processo de aperfeiçoamento: como as empresas americanas, líderes de mercado, aperfeiçoam o controle da qualidade. São Paulo, McGraw Hill, 1988.

Planejamento estratégico Hospital VITA Batel: 2008 – 2010.

www.ippuc.org.br – Acesso em 13/03/2011.